FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 66

DU

LAVAGE DE L'ESTOMAC

DANS L'OCCLUSION INTESTINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 MARS 1896

PAR

Auguste-Antoine-Adolphe-Marie-Joseph GUÉRIN

Ex-interne et lauréat des Hôpitaux
Ex-secrétaire et lauréat de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux
Né à Bordeaux (Gironde), le 11 décembre 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
AUCHÉ,	agrégé,	
BINAUD,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 66

DU

LAVAGE DE L'ESTOMAC

DANS L'OCCLUSION INTESTINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 MARS 1896

PAR

Auguste-Antoine-Adolphe-Marie-Joseph GUÉRIN

Ex-interne et lauréat des Hôpitaux
Ex-secrétaire et lauréat de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux
Né à Bordeaux (Gironde), le 11 décembre 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	ARNOZAN,	professeur,	*président.*
	DUPUY,	professeur,	*juges.*
	AUCHÉ,	agrégé,	
	BINAUD,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM.....

Clinique interne.....	MM. PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

PRÉFACE

En écrivant sa thèse, il faut songer à ceux qui, au cours des études médicales, nous ont appris à aimer la médecine, à ceux qui ont bien voulu mettre leur savoir à notre portée, à ceux qui ont bien voulu, dans les rapports quotidiens de la visite à l'hôpital, oublier la distance qui sépare le maître de l'élève.

C'est un antique et excellent usage qui vous oblige à revivre le passé déjà si loin; c'est un plaisir charmant de se revoir à sa première année d'hôpital, faisant son premier pansement, examinant son premier malade; mais c'est avec un peu de tristesse que l'on se voit ensuite laissant l'internat et les camarades de l'internat; ce regret si souvent exprimé par nos prédécesseurs, nous l'éprouvons à notre tour.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier bien sincèrement ici nos maîtres dans les hôpitaux : MM. Gervais, André Moussous, Picot, Dudon, Piéchaud, Pitres et Arnozan; comme stagiaire, externe, interne provisoire, interne, nous avons pu profiter de leurs leçons et de leur bienveillance.

Nous ne voulons pas oublier non plus ceux qui pendant les vacances nous ont fait profiter aussi de leur expérience : MM. Dubreuilh, Courtin, Denucé, Auché et Cassaët.

Nous devons une reconnaissance particulière à MM. Piéchaud et Arnozan, qu'ils nous permettent de la souligner ici.

DU

LAVAGE DE L'ESTOMAC

DANS L'OCCLUSION INTESTINALE

INTRODUCTION

Il nous a semblé intéressant de voir quelle était la situation occupée dans la science actuelle par un procédé thérapeutique qui nous a donné de bons résultats dans l'occlusion intestinale.

Nous avons cru devoir faire, dans un premier chapitre, un bref historique et signaler quelques particularités relatives à la technique du lavage et à ses contre-indications.

Dans le deuxième chapitre, nous examinons la légitimité du traitement médical dans l'occlusion, la valeur des traitements médicaux et en particulier du lavage.

Dans le troisième, nous voyons les effets mécaniques produits par le traitement, c'est-à-dire d'abord l'évacuation des matières contenues dans l'estomac et une partie de l'intestin ; ensuite la disparition des vomissements.

Dans le quatrième, nous apprécions la valeur du traitement curatif par le lavage.

Dans le cinquième, nous plaçons les résultats palliatifs que l'on obtient par le lavage contre l'auto-intoxication après avoir montré la réalité de cette intoxication.

Dans le sixième se trouve la manière dont on doit, à notre avis, employer le lavage dans l'occlusion.

CHAPITRE PREMIER

LE LAVAGE DE L'ESTOMAC EN GÉNÉRAL

Nous n'insisterons pas beaucoup sur le lavage de l'estomac en général, bien des faits sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les répéter, nous ne parlerons que de quelques particularités qui nous ont paru dignes d'être relevées.

Historique. — En quelques mots seulement, il est bon de rappeler avec Debove que si le lavage de l'estomac est d'origine récente, il a cependant une histoire qui remonte fort haut. Sans pratiquer un lavage, les Romains, par exemple, savaient fort bien vider leur estomac.

L'instrument le plus ancien, le plus curieux qui se rapporte à cette pratique est l' « organum salutis » connu dès 1649 et arrivé en 1713 à son état le plus parfait ; on peut fort bien le comparer aux brosses en crins montées sur fils de fer qui servent à nettoyer les bouteilles. Tel ministre du czar fut ainsi guéri après s'être brossé quotidiennement l'estomac pendant 15 ans ; tel autre malade, moins heureux, périt d'hématémèse.

La sonde stomacale proprement dite était connue de Tierony-mus Capiracceus, à Venise, en 1598 ; elle servait à l'alimentation artificielle.

En 1802, Casimir Renaut publie sa thèse sur les contre-poisons de l'arsenic et propose d'employer la sonde pour vider l'estomac.

Les travaux de Kussmaul, en 1867 et 1870, vulgarisèrent l'emploi du lavage de l'estomac, mais il s'agissait toujours d'instruments compliqués.

Pour vulgariser cette pratique, il fallait un appareil simple et commode. Faucher réalisa ce désidératum et décrivit dans sa thèse, en 1881, son siphon si pratique.

L'appareil est ainsi arrivé à une simplicité si parfaite, qu'en cas d'urgence il est possible d'en construire un extemporanément presque partout.

Le tube de Faucher rend de précieux services dans la thérapeutique du tube digestif et en particulier dans l'occlusion intestinale.

Casimir Renaut avait indiqué le chemin en montrant l'utilité qu'il y avait à enlever de l'estomac l'arsenic qui y était contenu; les autres empoisonnements furent traités de même. Lorsque les travaux de Bouchard eurent démontré que le contenu du tube digestif était éminemment toxique, l'indication de traiter la stercorémie comme un véritable empoisonnement s'imposait à l'esprit.

Dans l'obstruction intestinale, ces poisons de l'intestin refluent dans l'estomac; les enlever rapidement doit être une des premières pensées du médecin.

Mais ce n'est pas tout encore; le lavage de l'estomac n'a pas seulement pour résultat, dans l'occlusion, d'enlever des toxiques, il produit encore quelquefois la guérison. Le premier exemple de cet évènement innattendu se trouve dans la thèse de Faucher.

Après lui on vit Quénu, à la Société de chirurgie, provoquer en 1886 une importante discussion à ce sujet; plus tard, Duret, au Congrès de chirurgie de 1889, fait une intéressante communication; enfin, Vignolle, élève de Duret, publie un travail d'ensemble sur la question en 1890 et montre les résultats obtenus.

Depuis, il n'a été publié que des notes isolées sur le lavage de l'estomac; la thèse de Penel (Bordeaux, 1893), se borne à une observation nouvelle sans insister sur le plus ou moins de généralisation du procédé.

Technique. — La manière de faire avaler un tube de Faucher est simple et connue, il faut seulement empêcher le tube de pénè-

trer dans le larynx; le moyen certain d'éviter l'accident est de se servir d'un gros tube; le moyen à la portée de toutes les circonstances est de procéder avec prudence et précaution.

Il est inutile de se servir d'appareils aspirateurs, ils sont ordinairement dangereux. Cependant, en vidant un estomac, on voit quelquefois l'écoulement du liquide s'arrêter brusquement, et il y a de grandes probabilités pour qu'il en reste encore dans l'estomac. D'habitude on essaye de réamorcer en versant du liquide dans l'estomac, mais quelquefois le liquide ne s'écoule pas, le tube est bouché.

Dans ces cas, ordinairement, on retire le tube et, après avoir fait passer un courant d'eau dans son intérieur, on le remet en place.

Mais quelquefois, et l'on n'insiste pas assez là dessus dans les ouvrages sur le lavage, on a eu une très grande peine pour résister aux efforts, aux dégoûts du malade, et une deuxième introduction du tube ne serait pas acceptée le jour même.

Dans une de nos observations (Observ. VI), on trouve ainsi un premier essai infructueux de lavage; le tube, une fois vomi, il fut impossible de le réintroduire.

Peu importe, lorsqu'il s'agit de quelques dyspepsies, on habitue graduellement le malade, on a le temps ; il n'en est pas ainsi dans l'obstruction intestinale, où les minutes sont précieuses.

Nous avons recours à une petite manœuvre connue, mais que nous n'avons pas trouvée décrite. Nous écrasons graduellement le tube avec les doigts, de la bouche du malade à l'entonnoir. En procédant ainsi, on réalise d'abord un vide, une aspiration beaucoup plus considérable que l'on ne pourrait le croire; une fois même, en voulant retirer à jeun du liquide stomacal chez une dyspeptique, sans amorcer le siphon avec de l'eau, nous avons retiré un liquide hématique; c'était chez une malade du service de M. Arnozan ; bien entendu, l'opération fut immédiatement arrêtée, elle n'eut aucune suite fâcheuse.

En écrasant le tube, on peut aussi obtenir un autre avantage : c'est de rencontrer dans la portion placée en dehors de la bouche le corps étranger qui fait obstacle ; on peut, à travers la paroi de caoutchouc, le déformer suffisamment en le pressant pour lui permettre de sortir.

CONTRE-INDICATIONS

La première, c'est de ne pouvoir introduire le tube, nous venons déjà d'en parler. Debove est plein d'optimisme à cet égard : « Le lavage de l'estomac est une opération fort simple, elle devrait se faire toujours sans difficultés », et plus loin : « Il est rare qu'il survienne quelque incident désagréable au cours des manipulations que nous venons de décrire » pour introduire le tube. La suite de son livre remet, du reste, les choses au point, et, en cas d'intolérance, il conseille soit la cocaïne, soit le bromure pendant un jour ou deux.

Nous avons eu, nous avons vu des malades chez lesquels l'introduction de ce tube était très difficile. C'est, du reste, l'avis de M. G. Bardet, qui, à la Société de thérapeutique, le 8 mai 1895, disait : « Pour ma part, devant les faits très nombreux que j'ai pu observer de malades offrant une intolérance absolue à l'égard de l'introduction du tube, j'ai restreint dans ma pratique les applications du lavage de l'estomac. Je l'emploie seulement et presque exclusivement dans les cas de gastrite putride ».

La contre-indication la plus importante, c'est l'arrivée, dans l'entonnoir, d'un liquide hématique ; nous l'avons constatée dans une de nos observations d'occlusion (observ. IV). C'est une contre-indication qui s'impose lorsqu'on soupçonne des lésions de gastrite ulcéreuse ; on se méfiera beaucoup aussi des anévrysmes.

Il reste une contre-indication très importante que nous ne faisons qu'indiquer ici, nous aurons à y revenir : c'est l'emploi du lavage un jour, quelques heures même avant une opération déci-

dée. Cette contre-indication nous paraît absolue, elle est très spéciale à l'occlusion intestinale sous toutes ses formes, y compris l'étranglement herniaire.

Le bien-être passager fait, en effet, rejeter l'opération par le malade, il la remet à plus tard, trop tard.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION EN GÉNÉRAL

Peut-on traiter une occlusion intestinale par des moyens médicaux? Quel traitement médical doit-on donner alors? Quelle est la place du lavage de l'estomac dans ce traitement? Doit-on de suite intervenir chirurgicalement?

Telles sont les questions difficiles qui se posent à nous; pour y répondre, il ne suffit pas d'alléguer son opinion personnelle, il faut tenir grand compte de celle des autres. C'est ce que nous ferons en prenant à part chacune de ces questions.

ARTICLE I

PEUT-ON EMPLOYER LE TRAITEMENT MÉDICAL DANS L'OCCLUSION?

Tout le monde est d'accord sur un fait : s'il y a étranglement par un obstacle permanent, s'il s'agit d'un étranglement interne par une bride, d'une hernie étranglée interne, il faut intervenir de suite, le plus tôt est le mieux. Mais, on ne le sait que trop, on flotte souvent dans l'ignorance la plus complète et notre observation (obs. VI) en est un témoignage. Il s'agit d'un malade bien examiné pendant plusieurs jours, bien interrogé, et l'intervention est une laparotomie exploratrice médiane pour une hernie inguinale gauche latente soupçonnée seulement au moment même de l'intervention.

Tout était d'accord, il est vrai, pour égarer le diagnostic : l'interrogatoire du malade, l'indolence du trajet herniaire, le passage intermittent de selles et de gaz spontanément ou sous l'influence de lavements électriques. L'existence d'un pincement incomplet de l'intestin avait suffi pour égarer complètement le diagnostic. Pour des causes diverses, il en est trop souvent ainsi dans l'occlusion.

De cette incertitude dans le diagnostic, des résultats constatés, il résulte que chacun se fait son expérience personnelle et en tire des conclusions bien curieuses.

Prenons un médecin des hôpitaux de Paris, M. Galliard. Il a publié, dans la *Presse médicale* de 1895, au mois de mai, un important article sur l'ileus par calcul biliaire; on y trouve cette assertion très importante : « En cas de doute, la laparotomie exploratrice s'impose, *elle a souvent été pratiquée trop tard, jamais trop tôt*. Plusieurs médecins ont regretté d'avoir temporisé trop longtemps ».

Prenons maintenant un chirurgien non moins connu, M. Reclus. C'est dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 mai 1893 que nous relevons son opinion : « Pour ma part, en 1881, dans une clinique sur l'étranglement interne, je disais : Dès que le diagnostic d'obstruction est établi, ouvrez la cavité abdominale, cherchez l'obstacle et levez-le. C'est bien simple, mais la pratique nous a donné des mécomptes ».

Plus loin, Reclus ajoute : « Dans les cas douteux, dans ces cas qui, en définitive, forment la grande majorité de ceux que les médecins nous soumettent, j'essaierai, pour ma part, tout d'abord des moyens médicaux, des lavements électriques; s'ils échouent et si le malade est encore assez résistant, si d'ailleurs je suis bien outillé dans un hôpital où l'asepsie est possible, j'aurai recours à la laparotomie; mais s'il s'agit d'un malade refroidi, affaibli, incapable de supporter une longue intervention, l'entérotomie me

semble indiquée; si elle laisse peut-être mourir plus de malades, sûrement elle en tue beaucoup moins ».

Je crois qu'il serait difficile de mieux exprimer l'embarras dans lequel on se trouve en présence d'une occlusion intestinale. L'opposition si complète entre ces deux opinions montre admirablement l'état de la question.

En théorie, tout le monde est à peu près d'accord, il faut intervenir de bonne heure, au moins dans l'occlusion aiguë, mais dans la pratique il n'en est plus de même. Jalaguier, dans le Traité de chirurgie, exprime très bien ce qui se passe alors : « Quand on arrive au lit du malade, on s'aperçoit bien vite que tous ces chiffres (de statistique) n'ont qu'une utilité pratique fort restreinte et qu'il est impossible de ramener les indications à une formule concrète : autant de malades, autant d'indications différentes, si l'on peut ainsi dire, car chaque sujet réagit à sa manière ».

L'occlusion intestinale est une affection extrêmement fréquente, ses causes sont innombrables, les cas bénins au début se différencient peu des cas graves. Dans ces conditions, il nous semble que les séries heureuses ou malheureuses doivent s'établir avec beaucoup plus de facilité que dans des maladies beaucoup plus irrégulières; il en résulte que chacun se fait une opinion suivant ses succès ou insuccès médicaux ou chirurgicaux et la généralise; c'est pour cela probablement qu'il existe un tel désaccord, celui que nous avons montré en opposant M. Gaillard à M. Reclus.

Cette opposition nous pouvons l'accentuer encore en comparant des citations du Traité de médecine Bouchard et Charcot au Traité de chirurgie Duplay et Reclus.

Dans le premier, M. Courtois Suffit dit : « C'est une opération courante que la laparotomie et nous nous demandons si ce n'est pas le traitement le plus simple, ou du moins le plus efficace à employer contre les accidents terribles et si rapidement menaçants qui caractérisent l'occlusion de l'intestin ».

Dans le deuxième, M. Jalaguier dit : « Bien peu de chirurgiens professent qu'il faut recourir d'emblée au traitement chirurgical. Quelques-uns cependant préconisent la laparotomie avant tout diagnostic et pour pouvoir l'établir, mais ils sont en minorité. Dans l'immense majorité des cas d'occlusion aiguë, lorsqu'on n'a pas de diagnostic évident, d'obstacle mécanique, on s'accorde à essayer un traitement médical ».

A quelles conclusions aboutir dans ce choc entre les opinions?

Il nous semble qu'entre les médecins qui conseillent une intervention, les chirurgiens qui temporisent, il n'y a pas à hésiter, il faut essayer le traitement médical au début, sans tenir compte de certaines déclarations très énergiques d'intervention immédiate.

Mais il faut tenir le plus grand compte de l'avis à peu près unanime des chirurgiens, d'un grand nombre de médecins et qui se résume ainsi : « Ne prolongez pas trop le traitement médical ».

Combien de temps peut-on employer le traitement médical, voilà ce qu'il est impossible de préciser, voilà le précepte qui manque encore, et dans notre observation VI, l'opération si heureusement réussie était déjà trop tardive, puisqu'il y avait une perforation imminente, celle qui s'est produite au cours de l'intervention.

ARTICLE II

LES TRAITEMENTS MÉDICAUX DE L'OCCLUSION

Le traitement médical de l'occlusion intestinale étant accepté, il faut, nous semble-t-il, montrer d'une façon sommaire, ses différents modes, indiquer leur valeur, pour les comparer au procédé dont nous nous occupons particulièrement : le lavage de l'estomac.

Il y a d'abord un certain nombre de traitements peu employés maintenant que nous éliminerons rapidement.

Administration de balles de plomb ou d'une demi-livre de mercure dans l'estomac; le malade placé dans un bain était ensuite

secoué énergiquement par deux hommes vigoureux; cela réussissait quelquefois.

Insufflation du rectum avec des soufflets, avec de l'acide carbonique. Dans ce dernier procédé, on introduit dans le rectum du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique; ce système, qui est de Taliafera, en 1857, nous le retrouvons en 1879 dans une observation d'occlusion et l'auteur croit l'avoir imaginé pour la première fois.

Procédé du siphon d'eau de seltz, moyen aveugle, dangereux, trop employé encore et remplacé si avantageusement par l'intervention avec le tube de Faucher.

Lavements de décoction de tabac, de fumée de tabac, administration de café, de noix vomique, d'ergot de seigle, d'ergotine.

Bains prolongés, réfrigération, chloroformisation, massage, émétique à doses nauséeuses, émissions sanguines : la liste en est infinie.

Ces traitements divers ont quelquefois réussi, certains ont eu une grande vogue, il ne faut pas trop les mépriser et, en cas d'urgence, en l'absence d'autres moyens, on peut être heureux de recourir à eux et avoir encore de bons résultats; dans la pratique courante, il semble qu'on doive les abandonner.

Les purgatifs, dont nous n'avons pas parlé encore, sont maintenant proscrits à la presque unanimité.

M. Lucas Championnière emploie cependant le purgatif dans des conditions bien particulières et qui méritent d'être relevées. Il purge ses opérés de hernie le lendemain de l'opération. Lorsque l'administration de ce purgatif n'est suivie d'aucun effet, on peut de suite soupçonner une cause anormale et surprendre ainsi l'occlusion à ses débuts.

Il nous semble que l'on ne doit pas se perdre dans la multitude des traitements imaginés contre l'occlusion et qu'avec l'opium, un tube de Faucher et la galvanisation, un médecin est

suffisamment armé. Cette triade thérapeutique est suffisante dans une affection où le temps est si précieux ; en cas d'échec soit de ces traitements, soit même quelquefois d'un seul, il faut recourir au chirurgien.

L'opium est donné jusqu'à la dose de 0,20 centig. dans les 24 heures par prises de 1 centig. ; il est toujours très employé, et, parmi les nombreuses observations d'occlusion publiées dans ces dernières années, nous avons relevé souvent son emploi.

En 1892, à la Société de chirurgie, il a été particulièrement vanté par Nélaton, et Kirmisson soulignait l'intérêt de cette affirmation en citant lui-même une observation favorable.

En 1894, au Collège médical de Vienne, M. Teleky disait qu'il en faisait prendre jusqu'à 1 gramme dans les 24 heures.

L'électricité a produit des résultats merveilleux ; on emploie quelquefois le faradisme, et nous lui avons vu donner un brillant succès dans un cas très grave entre les mains de M. le Dr Dudon. Le plus souvent c'est la galvanisation qui est employée, suivant la méthode de Boudet de Paris. Courants de 10 à 15 milliampères. Faire trois ou quatre séances par jours de 20 à 30 minutes.

Les statistiques sont fort belles ; un chiffre ancien (1884) donnait seulement 17 insuccès sur 75 cas ; plus récemment Larat avait 10 succès sur 19 observations. Nous avons pu nous-même apprécier les bons effets de cette méthode ; dans une de nos observations, elle a donné un succès (observ. V) et chez deux malades de M. Piéchaud nous avons employé ce traitement suivant ses conseils avec réussite complète.

Le tube de Faucher nous paraît être le troisième traitement à employer, il doit servir pour le lavage de l'estomac et pour pratiquer l'entéroclisme.

Le lavage de l'estomac devrait être fait, d'après Jocqs, avec de l'eau glacée, mais il peut réussir autrement, et Luton a obtenu une guérison avec de l'eau à la température du corps (Dictionnaire

de Jaccoud). Nous verrons plus loin la manière dont ce procédé nous paraît devoir être employé.

Le lavage de l'intestin (Entéroclisme) se fait en introduisant deux, trois litres d'eau, lentement, en soulevant très modérément l'entonnoir, en s'arrêtant dès que le malade manifeste la moindre douleur, auparavant même quelquefois. Procédé très bon, bien supérieur, à notre avis, au siphon d'eau de seltz, aux insufflations. On se rend bien compte de ce que l'on fait, on s'arrête, on reprend; on est bien maître du traitement.

Nous avons ainsi fait disparaître deux occlusions dans un cas d'entérite tuberculeuse et dans un cas d'occlusion ayant éclaté au moment d'une broncho-pneumonie; ces deux malades appartenaient au service de M. le professeur Pitres.

ARTICLE III

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION PAR LE LAVAGE

Nous avons à étudier successivement les effets du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale; mais auparavant il nous semble utile d'indiquer, comme nous l'avons fait sommairement pour les autres médicaments, ce que l'on pense de l'occlusion intestinale.

Le travail de Wignolles, en 1890, correspond aux premières périodes de ce traitement; c'est une étude d'ensemble sur les premiers résultats obtenus.

Il nous paraît intéressant de voir ce qu'il est advenu de ce traitement, qui, lorsqu'il fut employé pour les premières fois, semblait annoncer pour l'avenir des résultats merveilleux.

L'épreuve du temps a été dure, trop dure; Forgue et Reclus, dans leur Traité de thérapeutique chirurgicale, ont pu dire : « Actuellement le siphonnage gastrique est en discrédit : dans sa patrie originelle, Bardeleben, Hahn et Kuster, le combattent. Ses indications et son action se rétrécissent ».

On trouve cependant çà et là dans la littérature médicale quelques faits, quelques discussions intéressantes, particulièrement à l'étranger.

En 1890, à l'Association médicale britannique, M. Greig Smith dit que l'on doit toujours, avant l'anesthésie, vider l'estomac au moyen de la pompe.

M. Jesset confirme cette opinion en disant que ce procédé est toujours employé par lui. La même année, nous trouvons une observation de Helferich (cf. *Revue des sciences médicales,* 1890) qui a eu un insuccès dans une obstruction par calculs biliaires.

En 1891, M. Liebenich (*Med. Obzr.*, 1891) préconise les lavages contre les vomissements qui suivent la chloroformisation.

En 1892, à la Société de médecine et de chirurgie de Londres, M. Greig Smith affirme de nouveau la nécessité du lavage avant la chloroformisation et M. Pearce Gould confirme cette opinion. La même année, M. Rodriguez Abaytura publie quelques pages dans la *Revue de médecine et de chirurgie pratiques* de Madrid; M. Raule Oddine fournit une contribution au traitement de l'occlusion par le lavage de l'estomac dans la *Riforma medica* du 25 août; M. Klotz (*Centrbl. Gynakol.*, 17 déc.) conseille de faire, dans les occlusions post-opératoires, un lavage d'estomac suivi de l'administration par le tube de 50 gr. d'huile de ricin. Dans tous les cas d'ileus post-opératoire, il a toujours eu ainsi de bons résultats.

En 1893, nous trouvons seulement l'observation d'un insuccès, dans une obstruction par calcul biliaire, publiée par Bucher (cf. *Revue des sciences médicales,* 1893).

En 1894, Barthe publie un insuccès du même genre (*Rev. sc. méd.*), et M. Gersung, au Collège médical de Vienne, en février, conseille les lavages, mais seulement avant l'opération.

En 1895, M. Lhaur, à la Société médicale de Londres, en janvier, préconise les lavages comme antiseptiques.

En France, pendant la même période, le lavage paraît avoir été peu employé; nous ne trouvons guère que des déclarations de principes, des conseils généraux dans les traités, dans les revues générales; les auteurs que nous avons pu lire ne paraissent pas avoir d'expérience personnelle.

Routier, en 1890 (*Semaine médicale*), conseille le lavage avant la chloroformisation. M. Debove, en 1892, dans son Manuel de lavage de l'estomac, n'apporte aucun fait nouveau sur ce sujet particulier; Mérigot de Treigny, dans un article de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* dit que l'indication du lavage est formelle dans les cas de distension épigastrique avec clapotage, au cours de l'occlusion. La même année encore, M. Kirmisson, dans un important mémoire sur l'occlusion par calculs biliaires (*Archives générales de médecine*), dit : « Nous savons bien qu'on dit en avoir retiré de bons effets..... mais, la plupart du temps, l'amélioration que procure le lavage n'est qu'illusoire. Cependant il faut savoir que dans deux cas de Rosenthal, une obstruction causée par des calculs biliaires fut levée après 15 jours de lavages quotidiens.

En 1893, Mathieu consacre six lignes à ce traitement dans sa Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin; Penel publie une observation nouvelle, et enfin, dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, le lavage ne figure pas dans l'article *Occlusion*; on le trouve seulement à l'article *Hernie*, où il est dit qu'on peut l'employer avant la chloroformisation. Dans le *Traité de médecine*, il est cité comme devant être pratiqué lorsqu'il y a des vomissements pour enlever une partie des matières toxiques.

En 1895, voici une déclaration de M. Galliard (*Presse médicale*), qui dit que le lavage n'a jamais été réellement efficace dans l'ileus par calculs biliaires. M. Mathieu, à la Société médicale des hôpitaux, cite un insuccès. M. Dieulafoy, dans son Manuel, n'en dit rien à l'article *Obstruction*. M. Legueu, dans une revue générale

des occlusions post-opératoires (*Gazette des hôpitaux*) n'en parle pas non plus; il le mettrait sans doute sur le même rang que la morphine et l'opium : « A quoi bon, puisque ces médicaments vont, en calmant le malade et l'intestin, faire supposer une amélioration qui n'existe pas? ».

M. J. Comte, dans un important travail publié dans la *Semaine médicale*, se borne à citer Duret en craignant le retard dans l'opération par l'illusion d'un bien-être transitoire.

Forgue cependant la même année, dans le même journal, publie une observation de guérison chez une hystérectomisée.

Il nous a semblé intéressant et utile de savoir si M. Duret, professeur à la Faculté libre de Lille, que nous avons déjà cité et qui a inspiré la thèse de Wignolles, possédait quelques faits nouveaux. Nous l'avons interrogé, il a bien voulu nous répondre de la façon la plus gracieuse; nous l'en remercions bien sincèrement.

Voici ce qu'il écrit : « Depuis la thèse de Wignolles, je n'ai plus eu l'occasion de traiter par le lavage stomacal des cas d'obstruction. La plupart des faits que j'ai observés étaient relatifs à des néoplasmes, j'ai dû faire l'anus artificiel.

« Je reste favorable à la méthode, je la crois surtout fructueuse dans les cas d'obstruction au début, lorsque les premiers phénomènes se manifestent. Elle épuise les liquides qui remontent des intestins dans l'estomac et supprime une des causes d'intoxication par les ptomaïnes. Elle soustrait enfin tout le poids de la colonne liquide qui agit sur l'agent d'obstruction ».

De tout cet ensemble de faits, de noms, de dates, il semble ressortir que le lavage de l'estomac n'a pas obtenu grande faveur, il paraît avoir été peu employé, particulièrement en France.

Une autre particularité à relever, c'est que chacun l'a employé dans une intention différente : l'un pour arrêter les vomissements, l'autre pour enlever des substances toxiques, bien peu pour amener la guérison radicale. Ce sont là des faits importants que nous devons considérer à tour de rôle.

CHAPITRE III

EFFETS PHYSIQUES DU LAVAGE

ARTICLE I

LIBÉRATION DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

Le lavage dans l'obstruction ou pour mieux dire le siphonnage a souvent pour résultat d'évacuer des quantités énormes de matières; il faut l'avoir vu pour bien s'en rendre compte.

Les premières portions de matières qui arrivent de l'intestin dans l'estomac sont en petite quantité et il est assez facile à cet organe de s'en débarrasser. Si à ce moment on pratique le cathétérisme, on n'obtient pas grand'chose.

C'est dans des cas de ce genre de début que l'on peut comprendre à la rigueur les bons résultats d'Alban Duran, qui disait, le 2 janvier 1895, à la Société d'obstétrique de Londres : « Quant aux lavages de l'estomac, on peut souvent les remplacer par la simple ingestion d'eau salée chaude qui provoque des vomissements suffisants pour débarrasser l'estomac de son contenu ». M. Shaw, dans la même séance, lui répondit « qu'il a pu se convaincre maintes fois que les vomissements spontanés ou provoqués ne sont pas suffisants pour débarrasser l'estomac de son contenu putride dans la péritonite post-opératoire » et il insiste sur la nécessité de recourir au lavage dans les cas de ce genre.

Certainement, lorsque les vomissements fécaloïdes sont bien établis, qu'ils se répètent avec fréquence, on ne saurait demander à l'estomac de se vider seul. Les matières putrides qu'il contient

sont déjà pour lui une cause d'efforts de vomissement, et ces vomissements sont infructueux pour le débarrasser de ces matières. Ce n'est pas en effet un effort de vomissement à sec, comme on l'observe souvent après la chloroformisation, c'est souvent plutôt une sorte de régurgitation; le trop plein de l'estomac remonte mécaniquement.

Comment l'estomac suffirait-il à se vider et combien de temps lui faudrait-il, si l'on songe que de l'intestin grêle par le pylore insuffisant de nouvelles quantités de matières putrides arrivent incessamment dans sa cavité?

Or, dans le lavage de l'estomac, il est vraisemblable que le liquide qui s'écoule par le tube ne vient pas de l'estomac seul; si nous suivons nos observations, nous trouvons deux litres, deux litres et demi, trois litres de matières fécaloïdes qui sont ainsi enlevées, et le fait est banal dans les observations déjà publiées. Certainement une portion de l'intestin est aussi vidée.

Ce n'est pas une simple hypothèse, l'observation a permis de vérifier le fait, les constations de Rœhn sont à cet égard absolument concluantes.

Dans deux cas de laparotomie, il a fait le siphonnage au cours de l'opération et il a vu se vider non seulement l'estomac mais encore une portion de l'intestin grêle.

Lorsqu'on pense aux difficultés provoquées dans les opérations de ce genre par les anses intestinales dilatées qui font issue hors du ventre, on comprend l'utilité du lavage.

Ces anses dilatées gênent pendant l'opération en dissimulant le siège de la lésion, gênent à la fin lorsque l'on veut les faire rentrer dans la cavité abdominale. On a, il est vrai, dans ces circonstances, la ressource d'inciser l'intestin pour le vider, mais le siphonnage n'est-il pas plus court, plus simple, plus pratique, si l'on veut se contenter de lui?

L'évacuation de ces grandes quantités de liquide peut avoir un

autre avantage lorsque le malade refusant une intervention ou le médecin n'ayant pas l'instrumentation, peut-être même la pratique d'une opération compliquée, est obligé de se borner à un traitement médical, à des médicaments.

On a chance alors de les voir agir beaucoup mieux ; l'opium, la belladone ne sont plus délayés dans des masses énormes de liquide, qui rendent leur action problématique, leur absorption douteuse. C'est ce qui explique comment certains médecins, et nous avons pu en citer un, ont donné jusqu'à 1 gramme d'extrait thébaïque ; ne vaut-il pas mieux faire un lavage et se contenter des doses habituelles?

Au point de vue du diagnostic, question si difficile et si importante pourtant dans le traitement de l'occlusion, la libération de l'estomac et de l'intestin peut être encore avantageuse.

Le ventre n'est pas tendu par les efforts violents, on peut le palper plus facilement.

Wignolle, à la fin de sa thèse, dit que dans la littérature russe il a pu recueillir un cas assez intéressant concernant l'utilité du lavage pour le diagnostic. Par le lavage on retira deux petits calculs ; une débâcle se produisit et dans les selles on retrouva une quantité considérable de calculs de cette nature

Grandzach cité par Galliard (Société de biologie, 1895) rapporte une observation d'un malade considéré comme ayant un rétrécissement cicatriciel du pylore ; le lavage de l'estomac permit d'expulser quatre calculs biliaires gros comme des pois.

Les faits de ce genre sont peut-être plus fréquents qu'on ne le croit, on songe peu à rechercher des corps étrangers dans les amas putrides retirés par le siphon, et si l'on y songe, il est souvent trop tard, l'entourage a promptement fait disparaître ces matières mal odorantes.

ARTICLE II

DISPARITION DES VOMISSEMENTS

Les vomissements sont un des symptômes importants de l'occlusion intestinale, ils sont aussi une gêne très pénible pour le malade, ils peuvent être enfin la cause de nombreux accidents.

En réalité, le vomissement est un acte utile, l'organisme cherche ainsi à se débarrasser de substances dangereuses. Bien souvent dans les empoisonnements, le malade est ainsi débarrassé d'une grande partie des matières toxiques qu'il a avalées. Dans l'occlusion intestinale, nous aurons du reste à insister là dessus, il y a deux choses dangereuses : l'occlusion d'abord, le principal, mais encore et surtout l'auto-intoxication; l'empoisonnement produit par les matières qui fermentent dans le tube digestif oblitéré.

Le vomissement est donc une bonne chose pour préserver l'organisme de nombreux accidents; mais il présente aussi des inconvénients multiples.

Les efforts fréquents du malade l'épuisent, ajoutent à son asthénie déjà trop grande; le goût, l'odeur des matières sont intolérables pour certains. Enfin, ces secousses violentes peuvent avoir, il nous semble, un inconvénient réel, un danger se localisant au niveau du point où se trouve l'occlusion; elles ont un retentissement sur tout l'abdomen, elles peuvent serrer encore un étranglement, augmenter la tension au niveau du point comprimé; provoquer une perforation au point où l'intestin, déjà malade, est prêt à se rompre.

La glace, l'opium, d'autres médicaments encore peuvent calmer ces vomissements, mais ils n'empêchent pas l'auto-intoxication de se produire; ils luttent contre un accident de l'occlusion, ils laissent l'autre se développer.

Nous avons cependant un excellent moyen de combattre à la fois les vomissements et l'auto-intoxication, c'est le lavage de l'estomac.

On a pu, on peut encore reprocher bien des choses à cette thérapeutique, mais il faut reconnaître que l'on trouve en elle un merveilleux procédé de faire disparaître les vomissements de l'occlusion. Il réalise le but de l'estomac en le débarrassant des matières qui l'encombrent, mais ce que l'organisme fait péniblement, peu à peu, longuement, il le fait facilement, d'un seul coup.

Deux de nos observations (obs. III et V) sont intéressantes à cet égard. Dans la première, la malade de M. Piéchaud était dans l'état le plus pénible, tout annonçait une fin prochaine; une nouvelle intervention était impossible; or les dernières heures de cette malade étaient des plus douloureuses à cause des vomissements. Le lavage ayant été fait à 6 heures du soir, elle a éprouvé un bien-être contrastant singulièrement avec son état précédent; en la revoyant trois heures plus tard, on aurait pu croire à une guérison, si son facies péritonéal, son pouls à peine perceptible, n'avaient décélé la continuation de la péritonite, la mort imminente.

Dans la deuxième, obstruction au cours d'un néoplasme intestinal, la malade dont l'état, à 4 heures, semblait nécessiter une intervention immédiate, était tout autrement à 8 heures; la disparition complète des vomissements avait rendu moins pressante l'obligation d'opérer hâtivement dans de mauvaises conditions, et ce fut après une nuit tranquille, sans aucun vomissement, qu'un lavement électrique permit de lever l'obstruction.

Cette disparition des vomissements à la suite du siphonnage est un fait bien établi, et dans les observations sur ce mode de traitement, il y a un commun accord à ce sujet.

Certains chirurgiens font ainsi très volontiers un lavage avant la chloroformisation ; c'est la pratique ancienne de Senator. Dans l'importante discussion du 3 mars 1886 à la Société de chirurgie,

Berger, à propos d'un travail de Quénu, disait : « Le lavage pourrait être admis comme simple adjuvant, en considérant que les vomissements qui se produisent soit dans l'étranglement interne, soit même dans l'étranglement herniaire rendent l'anesthésie parfois dangereuse, et l'intervention chirurgicale plus difficile; il nous semblerait rationnel de mettre à profit pour opérer l'accalmie momentanée que produisent l'évacuation et le lavage de l'estomac ».

Cette opinion, bien réservée cependant, avait déjà été battue en brèche l'année précédente à la Société de médecine de Berlin. Bergmann l'accusait même d'avoir dans deux cas produit la mort, les malades ayant succombé à des pneumonies septiques provoquées par l'introduction, dans les voies aériennes, de corps étrangers venus des voies digestives pendant le lavage.

L'introduction de matières septiques dans la trachée peut être due, comme le fait remarquer Mollière, à de fausses manœuvres, mais il nous semble que le vomissement seul peut être coupable de pareils accidents, surtout le vomissement fécaloïde bien établi, incessant, qui est presque une sorte de régurgitation.

Les deux observations de Bergmann, du reste, n'ont pas fait renoncer au lavage précédant la chloroformisation.

« Comme Madelung, dit Routier, dans un article sur l'occlusion aiguë (*Semaine Médicale,* 1890), avant d'endormir le malade qu'on doit opérer, nous conseillons le lavage préalable de l'estomac dans le seul but d'éviter l'irruption, dans l'arbre respiratoire, des matières fécaloïdes septiques qui pourrraient être vomies ».

A Londres, M. Greig Smith, dans une séance de l'Association médicale britannique de 1890, fait une déclaration analogue qui se termine par ces mots caractéristiques : « On doit toujours préalablement vider l'estomac au moyen de la pompe ». M. Jessett dit dans la même séance : « Je prépare le malade avant l'opération par le lavage de l'estomac et des lavements au cognac ».

En 1893, à la Société de médecine et de chirurgie, Greig Smith affirme de nouveau l'utilité de ce procédé.

Cette pratique peut être mise à profit pour éviter les vomissements qui souvent se produisent pendant l'administration du chloroforme dit, enfin, Jalaguier dans le Traité de chirurgie.

En réalité, il faut bien reconnaître que le lavage n'est guère pratiqué avant la chloroformisation ; le fait certain qui n'est pas mis en doute, c'est la disparition des vomissements ; nous pourrions faire les mêmes constatations à propos du lavage après la chloroformisation.

On est même allé jusqu'à prétendre que le lavage de l'estomac pouvait faire disparaître les vomissements consécutifs à l'administration du chloroforme dans des affections diverses ; M. Lievenich (*Semaine Médicale,* 1891) a eu ainsi une série heureuse de six cas.

Nous avons essayé une fois de combattre des vomissements après le chloroforme chez une malade de M. le Professeur Arnozan ; la malade venait de subir des scarifications pour un lupus, elle était hystérique, mais malgré l'annonce qui lui avait été faite des bons résultats produits par le lavage, l'insuccès a été complet.

On peut être plus heureux dans l'occlusion intestinale après évacuation des matières fécaloïdes. M. Mollière disait dans le *Lyon Médical* (14 mars 1886) : « A plusieurs reprises j'ai fait le lavage de l'estomac qui a toujours réussi à faire cesser les lavages après la kélotomie ».

M. Forgues (*Semaine Médicale*, juin 1895) signale aussi un fait remarquable d'occlusion post-opératoire : « La persistance des vomissements reconnaît une autre cause intéressante à discerner au point de vue thérapeutique ; les premières voies salies par les vomissements deviennent le point le départ de réflexes nauséeux incessants, si bien que par un véritable cercle vicieux, le vomissement appelle le vomissement.

» Il n'y a qu'une façon d'en finir, c'est le lavage de l'estomac qui nous a permis de sauver une hystérectomisée en proie à d'incoercibles vomissements ».

Nous avons pu voir nous-même chez l'un de nos malades (obs. VI) les heureux résultats de ce procédé. Il s'agissait d'un malade en proie depuis plusieurs jours à des vomissements fécaloïdes; une première tentative de lavage avait été faite, le tube avait été rejeté. Immédiatement après l'opération, le malade étant chloroformé, M. Chavannaz fait faire un lavage qui provoque une évacuation considérable de matières fécaloïdes et le malade, qui vomissait si souvent auparavant, qui avait subi une longue chloroformisation, n'a pas eu un seul vomissement, un seul effort de vomissement.

M. Chavannaz, avec son amabilité habituelle, a bien voulu nous donner une autre observation de lavage de l'estomac immédiatement après l'opération (obs. I).

A la suite de cette intervention, il n'y a pas eu non plus un seul vomissement fécaloïde et la guérison a été parfaite. Sans insister davantage, car les faits exposés nous paraissent suffisamment probants, nous croyons pouvoir conclure avec certitude que le lavage est un moyen excellent de faire disparaître les vomissements fécaloïdes de l'occlusion.

CHAPITRE IV

EFFETS CURATIFS DU LAVAGE

Le lavage de l'estomac est-il un véritable traitement curatif de l'occlusion, est-il capable à lui seul de faire disparaître la cause de l'occlusion?

Pour bien répondre à cette question, il est nécessaire de parcourir, à ce point de vue, les observations, les communications faites à ce sujet.

Nous avons d'abord à notre disposition les observations rassemblées par Wignolle dans sa thèse. Sous le titre général d'obstruction, il réunit des obstructions par péritonite primitive, par péritonite post-opératoire, par paralysie intestinale, par spasme; à la suite, nous trouvons une deuxième série réunissant quelques observations placées par l'auteur sous le titre d'occlusion.

Les occlusions proprement dites échappent, bien entendu, à l'action du lavage, en ce sens au moins qu'il n'est pas possible de faire disparaître, au moyen de cette thérapeutique, l'étranglement d'une hernie interne par exemple. Tout ce qui résiste au traitement médical quel qu'il soit résiste bien entendu au lavage, il ne peut pas produire, dans ces conditions, la guérison.

Nous n'avons donc à vérifier que les observations placées sous le titre d'obstruction. Procédant par élimination, nous devons tout d'abord mettre de côté certaines de ces observations : l'une se rapporte à une hystérique, ce qui lui enlève beaucoup de son autorité (obs. II); une autre à un lavage après établissement d'un

anus artificiel (obs. XVI); une troisième dans laquelle les lavages paraissent avoir été un traitement des vomissements (obs. XXI); une quatrième dans laquelle le but principal semble avoir été un traitement de l'intoxication (obs. XIX); une cinquième enfin qui n'a donné aucun résultat (obs. XV).

Nous établirons maintenant une deuxième série d'observations, celles dans lesquelles on a pu constater la guérison des malades, mais observations qui maintiennent l'emploi d'autres traitements pratiqués en même temps. Il nous semble que ce n'est pas agir trop rigoureusement que leur donner, à cause de cela, une valeur minime dans le sujet qui nous occupe maintenant : disparition de l'obstacle par le lavage.

J. R. Comte, dans sa *Revue générale,* déjà citée, mettant en doute l'action curative du lavage, ajoutait justement : « Comme ce moyen de traitement n'est pour ainsi dire jamais employé seul, il est impossible de faire la part qui lui revient dans les rares succès obtenus ».

Six des observations se trouvent dans ce cas (obs. V, VIII, IX, X, XI, XIII), le lavage, l'opium, les lavements ont été employés simultanément. En vain objectera-t-on que l'opium, les lavements avaient déjà été employés sans succès auparavant; rien ne prouve, en effet, qu'employés toujours seuls ils n'auraient produit aucun effet.

Le lavage ne serait-il pas alors passible des mêmes reproches? A-t-il agi la première fois qu'on l'a employé? Non, et c'est même fort rarement qu'il a produit un effet immédiat; nous avons toute une nouvelle série de faits dans lesquels le résultat curatif n'a pu être constaté qu'après un nombre variable de lavages, après plusieurs jours pour quelques-uns, le lendemain du premier lavage pour d'autres (observ. I, II, VI, XIV, XVII, XVIII, XX, XXII, XXIII).

Dans une troisième série enfin, se trouvent les observations

dans lesquelles la débâcle s'est produite le jour même du premier lavage ; on n'en trouve que deux (VII et XIX).

Au total, on arrive à onze observations dans lesquelles, à une échéance plus ou moins longue, on a vu survenir la guérison sous l'influence de ce traitement. Onze, c'est peu et il ne faudrait pas être très rigoureux pour diminuer encore ce chiffre. Les faits dans lesquels on a dû faire le lavage pendant trois jours, cinq jours ne prouvent pas une action curative bien nette en faveur du lavage.

Wignolle, sans avoir fait la petite statistique que nous venons d'établir, s'était fort bien rendu compte de ce qu'il en était : « Si les fibres musculaires de l'intestin récupèrent leur contractilité à la suite du lavage, ce n'est pas qu'elles aient été excitées par le contact de l'eau injectée dans le tube digestif, mais c'est parce qu'elles ont été mises, par suite de l'évacuation du contenu de ce dernier, dans des conditions favorables pour reprendre leur vitalité abolie ou du moins diminuée par l'énorme distension qu'elles ont subie. L'action du lavage est, si on le veut, une action curative indirecte : il permet à la nature, qui reste toujours le meilleur agent thérapeutique, de vaincre dans la lutte qu'elle soutient ».

Depuis la thèse de Wignolle, les observations de lavage, peu nombreuses du reste, ne sont pas faites pour modifier l'opinion du peu de curabilité du lavage dans les diverses variétés d'occlusion.

La plupart des médecins qui ont pratiqué le lavage, ceux que nous avons cités, ceux dont nous parlerons encore ne voulaient en somme employer que l'action palliative de ce traitement.

Les deux observations de Rosenthal citées par Kirmisson ne sont guère probantes, l'obstruction par des calculs n'ayant été levée qu'après 15 jours de lavage.

On ne peut donner de valeur qu'à l'observation de Penel dans sa thèse de Bordeaux; la débâcle vint douze heures après le premier lavage.

Tout cela est en réalité bien peu de chose, aucun traitement de l'occlusion n'est peut-être aussi pauvre en résultats curatifs réels.

Dans une affection aussi commune, aussi variable, aussi trompeuse que l'occlusion, il faut un très grand nombre de guérisons pour donner à une thérapeutique une place honorable; c'est à peine si l'on peut, au milieu des statistiques médicales des abstentionnistes, chirurgicales des interventionnistes, reconnaître la valeur réelle de ces procédés; comment reconnaître celle du lavage sur quelques faits?

De plus, il ne faut pas oublier que l'occlusion peut guérir toute seule; le lavage, disait Wignolle, aide la nature, mais la nature n'a pas toujours besoin d'être aidée, elle peut se suffire elle-même; un traitement qui ne réussit que quelquefois peut fort bien avoir profité d'heureuses coïncidences.

C'est pour cela que l'observation de notre camarade Donnadieu nous a paru intéressante pour notre sujet (obs. III). Il s'agissait d'une malade ayant de l'obstruction intestinale causée par un néoplasme utérin, l'obstruction a disparu le surlendemain d'une tentative infructueuse, non seulement de lavage mais de cathétérisme de l'œsophage. Si le lavage avait été fait, si on l'avait répété le lendemain, nous aurions pensé avoir une nouvelle observation de succès en faveur du lavage comme curatif de l'occlusion.

L'histoire de cette malade est bien faite pour rendre circonspect dans l'appréciation des résultats favorables du lavage; c'est un fait bien précis qui peut servir de base aux réserves que nous avons déjà exposées.

Enfin, il faut constater que ce traitement, connu déjà depuis une dizaine d'années, employé d'abord avec conviction par beaucoup, a été négligé peu à peu, qu'il faut fouiller un grand nombre d'ouvrages pour constater quelques particularités à son sujet; cela n'est pas fait pour donner grande confiance.

Cette confiance doit diminuer encore lorsqu'on a pu trouver des moyens thérapeutiques supérieurs, et c'est le cas ici ; l'entéroclisme, le galvanisme, l'opium même nous paraissent avoir conquis une place supérieure, grâce aux bons résultats produits.

Notre conclusion est que l'on peut accepter théoriquement les bons résultats du lavage, les expliquer même si on le désire, comme Sénator par des réflexes compliqués, mais cette théorie ne doit pas être admise dans la pratique, le lavage de l'estomac ne doit pas être considéré comme capable d'amener la guérison d'un malade. L'occlusion est une affection dans laquelle, on ne saurait trop le répéter, les instants sont comptés, l'on ne doit pas les perdre en se confiant à un traitement qui ne réussit que rarement.

Le lavage dans l'occlusion intestinale est capable de produire deux résultats excellents : la disparition des vomissements, la disparition d'une partie des matières toxiques de l'intestin ; ne lui demandons pas davantage, ce serait s'exposer à le discréditer, c'est peut-être arrivé déjà.

C'est fâcheux, nous avons vu de quel utile secours il était contre les vomissements, nous allons voir maintenant les bons résultats qu'il donne contre les auto-intoxications qui se produisent lorsque le cours des matières est arrêté dans l'intestin.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE L'AUTO-INTOXICATION PAR LE LAVAGE

ARTICLE I

LES POISONS DU TUBE DIGESTIF

Pour montrer l'utilité puis la réalité de l'antisepsie interne par le lavage, il faut d'abord établir que le contenu du tube digestif est toxique. Mais ce n'est plus une démonstration à faire, il s'agit d'une idée bien acceptée, il suffit de quelques mots à ce sujet.

Bouchard disait, dans sa thérapeutique des maladies infectieuses : « Le type des auto-intoxications que je voudrais imprimer dans la conscience de tout médecin, c'est l'intoxication par putridité intestinale. Là, l'infection est constante chez tout homme, et à toute heure, les agents de la putréfaction qui se trouvent dans la cavité intestinale donnent naissance à des produits toxiques que l'intestin absorbe, et l'intoxication à des degrés divers est extrêmement fréquente; elle s'exerce d'une manière plus ou moins intense, créant des maladies dont le médecin méconnaît souvent la nature, depuis l'embarras gastrique le plus simple et la plus simple indigestion jusqu'à l'intoxication putride la plus grave ».

Ces poisons du tube digestif sont en nombre considérable; on peut se rapporter au récent Traité de pathologie générale ou à la communication de Hanot au Congrès de médecine de Bordeaux de 1895 pour en trouver la longue liste.

Ce sont des peptones, des alcools, la bile, des acides lactique,

buthyrique, acétique, valérique, propionique, gras, oxalique, puis la neuridine, la sepsine, d'autres encore.

Les microbes enfin pullulent dans l'intestin, ils ne sont pas une des moindres causes des poisons renfermés dans cet organe.

Gilbert et Dominici ont fait à la Société de Biologie, le 10 février 1894, une intéressante communication où l'on relève les mots suivants : « Chaque jour l'homme élimine par la voie intestinale de 12 à 15 milliards de microbes ».

Il n'y a plus guère d'hésitation maintenant dans le public médical; le vœu de Bouchard transcrit un peu plus haut est réalisé, tout le monde est à peu près d'accord pour accepter la formule typique de sa théorie : « Le tube digestif est un laboratoire de poisons ».

ARTICLE II

LES POISONS DU TUBE DIGESTIF DANS L'OCCLUSION

Dans l'occlusion intestinale, les poisons du tube digestif prennent une importance très grande. Le premier degré, l'ébauche pour ainsi dire de l'occlusion, c'est la constipation. L'auto-intoxication qui se produit dans ces circonstances est considérable, elle est soupçonnée du reste depuis longtemps. En remontant seulement au XVIII[e] siècle, on trouve dans Voltaire un passage intéressant du Dictionnnaire philosophique; le voici presque textuellement : « Que l'homme soit constipé, alors les sels et les soufres de ses matières entrent dans son chyle, portent l'acrimonie dans son sang ».

Dans le Traité de pathologie générale de Bouchard, M. Roger dit : « Les accidents dus à la constipation simple peuvent devenir autrement graves chez certains malades qui viennent de subir un traumatisme, chez les femmes en couches et chez les gens auxquels on pratique la laparotomie. Plusieurs fois dans ces con-

ditions on a vu des accès fébriles, qui pouvaient faire croire à une scepticémie, guérir à la suite d'une évacuation survenue par la simple administration d'un lavement ».

Les phénomènes d'auto-intoxication, si importants dans la constipation simple, atteignent une gravité excessive dans l'occlusion; c'est là que l'on trouve le tableau de l'empoisonnement complet; c'est le type de l'intoxication par le contenu du tube digestif.

On a essayé d'expliquer les phénomènes, les accidents constatés alors, par des réflexes; cette théorie ne peut expliquer les manifestations cliniques, elle a cédé devant la théorie toxique (Roger).

M. Routh, le 2 janvier 1895, à la Société d'obstétrique de Londres, à propos de trois observations d'occlusion publiées par M. Shaw, disait : « Ces observations ressemblent beaucoup à l'état que M. Malcom a décrit sous le nom de pseudo-ileus et qui est une atonie ou paralysie temporaire de l'intestin, survenant à la suite d'interventions chirurgicales; M. Malcom a montré que, dans ces conditions, le coli bacille est capable d'acquérir une virulence qu'il ne possède pas dans un intestin normal; le malade peut succomber même en l'absence de péritonite concomitante ».

Il ne serait peut-être pas très imprudent d'attribuer à l'auto-intoxication certaines morts qui étonnent quelquefois les chirurgiens à la suite des opérations chirurgicales. Legueu, dans une Revue générale de la *Gazette des Hôpitaux,* 23 nov. 1895, cite une observation personnelle qui entrerait peut-être aisément dans cette catégorie. A la suite d'une opération de hernie étranglée, il constata que les phénomènes d'obstruction persistaient; une deuxième opération ne donna aucun renseignement; l'autopsie resta négative. L'intestin fut déroulé depuis le duodénum jusqu'au rectum et nulle part il ne trouva la cause de l'occlusion.

Thorowgood, *The Lancet*, fév. 1873, rapporte aussi un cas mortel d'obstruction intestinale, dans lequel il y avait absence complète de rétrécissement ou de tumeur intra et extra-intesti-

nale et dans lequel la mort est survenue malgré le rétablissement des selles.

Les expérimentateurs ont publié des faits très intéressants; de leurs travaux, il résulte qu'il y a deux sources aux phénomènes secondaires de l'occlusion. Dans la première, nous trouvons les microbes vivants qui s'échappent facilement de l'intestin malade; dans la seconde, les poisons qui se produisent autour d'eux et qu'ils produisent.

MM. Posna et Lewin ont fait des occlusions intestinales artificielles; ils ont communiqué leurs travaux à la Société de médecine berlinoise, en janvier 1895.

Ils ont lié le rectum d'un certain nombre de lapins et, au bout de 18 à 24 heures, ils constatèrent une infection de tout l'organisme par les bactéries intestinales; elles existaient jusque dans le sang du cœur. Ils trouvèrent également le bacillus prodigiosus dans tous les organes, sans qu'il existât la moindre perforation de l'intestin. Il est donc incontestable, ajoutent-ils, que les bacilles de l'intestin peuvent se répandre dans tout l'organisme par l'intermédiaire des vaisseaux. Il va sans dire que les résultats de ces expériences ne sont pas forcément applicables à l'homme; il y a nombre de malades cependant pour lesquels il paraît difficile de trouver une autre explication.

Ces expériences nous paraissent mériter une grande attention; elles montrent tout l'avantage que l'on peut obtenir en enlevant du tube digestif une partie de son contenu toxique.

Il faut mentionner aussi et rapprocher de ce travail celui de Tretze (*Semaine médicale,* 1895) intitulé : Contribution à l'étude clinique et expérimentale de l'étranglement intestinal.

Tretze a d'abord examiné le liquide contenu dans le sac herniaire et y a trouvé des microbes. Il a constaté ensuite que l'étranglement d'une portion de l'intestin a pour conséquence la pénétration des bactéries intestinales dans les voies sanguines et lym-

phatiques. Mais, dit-il, « cette pénétration s'observe non seulement au niveau de l'anse étranglée elle-même, mais aussi dans le reste de l'intestin et surtout dans le bout afférent, grâce aux lésions multiples de la muqueuse et des autres tuniques; aussi a-t-on constaté maintes fois la présence de bactéries dans le sang et les divers organes chez les malades atteints d'ileus ou de hernie étranglée ».

Nous ne pouvons insister sur la question du passage des microbes dans le sang, ni sur la péritonite par propagation directe ou indirecte due à l'infection bacillaire au niveau de l'anse étranglée; on trouvera des recherches intéressantes sur ce sujet dans les *Annales de l'institut Pasteur* (sept. 1895). Le contenu de l'anse étranglée échappe en effet aux moyens d'action que peut fournir le lavage de l'estomac, mais il n'en est pas de même pour le reste de l'intestin, nous pouvons avoir sur lui au moins une influence partielle.

Plus haut que l'anse étranglée, dit Tretze, et parfois jusque dans l'estomac, on peut observer une hypérémie et même çà et là des infiltrations sanguines de la muqueuse. Ces dernières altérations peuvent se propager à toute l'épaisseur de la paroi intestinale; elles s'observent aussi dans le bout efférent, à un degré moindre il est vrai.

L'absorption des produits toxiques se fait dans toute la longueur du tube digestif; on a longtemps discuté sur ce qui se passe au niveau de l'estomac, mais comme le dit Roger dans le Traité de pathologie générale de Bouchard : « Aujourd'hui, la réponse n'est pas douteuse, l'absorption est très nette pour les solutions alcooliques, elle est au contraire assez faible quand il s'agit de solutions gazeuses ».

Dans l'occlusion intestinale, la muqueuse de l'estomac, en contact avec des matières fécaloïdes, est malade, tout le bout supé-

rieur de l'intestin présente des lésions; l'envahissement des bacilles à ce niveau est particulièrement favorisé.

Ce n'est pas tout encore; à l'état normal, le contenu de l'intestin ne passe qu'une fois par la même anse, le mouvement de haut en bas se fait régulièrement; dans l'occlusion ce n'est plus la même chose, les produits toxiques sont ballottés d'un point à un autre, ils remontent des portions moyennes et inférieures jusqu'aux portions supérieures.

Dans le duodénum, chez un sujet sain, le contenu intestinal n'est guère toxique, cela résulte des expériences de Gilbert et Dominici, dans leur communication à la Société de biologie du 10 février 1894. « Le duodénum est de toutes les parties du tube digestif la plus pauvre en germes. L'explication de ce fait réside sans doute dans la dilution du contenu stomacal par les sucs abondants du foie, du pancréas et de l'intestin lui-même ».

Or, dans l'occlusion intestinale, le duodénum avec une muqueuse en mauvais état se trouve en contact avec le contenu toxique des anses les plus inférieures; c'est une vaste surface de plus ouverte largement au passage des microbes et des poisons.

Dans l'occlusion, il y a aussi d'autres particularités qui me semblent dignes d'être relevées : ce sont les troubles qui se produisent dans le fonctionnement du foie, dans l'intervention de la bile sur les fermentations intestinales.

Lorsque, dans une occlusion intestinale, on voit se produire des vomissements, ils ne tardent pas à devenir bilieux; une grande quantité de bile est ainsi éliminée de l'organisme. Cette bile qui pénètre dans les premières portions de l'intestin ne peut guère descendre au-dessous du point où elle s'écoule dans le duodénum; tout le canal digestif est plein au-dessous d'elle, au lieu de descendre elle remonte vers l'estomac, elle est éliminée. La bile, normalement, contribue pour une large part à empêcher la putré-

faction des matières intestinales ; son absence dans l'occlusion constitue un danger de plus.

J'ai remarqué plusieurs fois, dans des cas d'occlusion intestinale, que, pendant un laps de temps variable, après le moment où l'obstacle a été levé, les selles étaient absolument argileuses. Cela existait chez deux de nos malades (obs. IV et VI). Je l'ai aussi constaté à l'Hôpital des Enfants chez une fillette traitée par le lavement électrique avec succès, dans le service de M. le professeur Piéchaud ; chez cette dernière malade, le phénomène s'est longtemps prolongé.

Certainement, par conséquent, les malades sont privés, dans ces conditions, d'une défense naturelle de l'organisme, celle que lui donne la bile.

Nous pourrions insister longuement sur les phénomènes cliniques produits par l'intoxication ; il faudrait passer en revue presque tous les symptômes de l'occlusion intestinale. Signalons seulement quelques faits moins souvent cités : l'éruption furonculeuse d'un malade de Chantemesse (*Bull. Soc. clinique,* 1885) ; l'éruption d'urticaire d'une malade de Kirmisson (Société de chirurgie, 1892), enfin les sueurs abondantes que nous avons pu constater (obs. VI).

Ces faits paraissent rares, ils le sont peut-être beaucoup moins en réalité ; on y attache probablement peu d'attention dans l'évolution d'une affection aussi grave que l'occlusion ; il s'agit là en effet de vie ou de mort ; l'on est préoccupé avant tout du principal, de l'agent d'occlusion lui-même.

ARTICLE III

EFFETS ANTITOXIQUES DU LAVAGE

Ces effets se comprennent facilement ; nous avons vu que dans l'occlusion on enlevait souvent plusieurs litres de matières fécaloï-

des venant non seulement de l'estomac mais encore des premières portions de l'intestin.

L'estomac, la première portion de l'intestin sont justement les portions du tube digestif au niveau desquelles se trouvent normalement les moindres quantités de produits toxiques ; en enlevant les matières fécaloïdes qui s'y trouvent dans l'occlusion, on les remet dans un état qui se rapproche de la normale.

C'est peu, il est vrai, il faudrait pouvoir aller beaucoup plus loin, vider tout l'intestin ; malheureusement, dans l'occlusion, cela n'est pas en notre pouvoir.

Quoique le lavage ne réalise pas tous les effets que l'on peut désirer, il ne faut pas le négliger, il rend en réalité de très grands services.

Ce point, du reste, se trouve souvent souligné dans les observations et les discussions sur le lavage publiées ces dernières années.

« Le lavage, dit Courtois-Suffit, dans le Traité de médecine, s'opposera aux phénomènes secondaires graves qui résultent de l'accumulation des matières septiques dans l'intestin et de la pénétration des toxines dans l'économie, la stercorémie étant une des complications les plus redoutables de l'occlusion ».

M. Shaw, en adoptant dans la péritonite septique et l'atonie post-opératoire un traitement ayant pour but de diminuer autant que possible la formation de produits toxiques dans l'organisme et l'élimination des produits formés, donne une large place au lavage.

A Londres, encore à la Société de médecine et de chirurgie, le 8 mars 1892, M. Pearce Gould n'admet pas que les symptômes, souvent foudroyants, observés dans certains cas d'occlusion intestinale, soient d'ordre mécanique. Il croit plutôt que la gravité de ces symptômes résulte de l'absorption de produits toxiques élaborés dans l'intestin malade. Il cite plusieurs cas où le malade a

succombé, bien que l'autopsie démontrât que le canal intestinal était libre, et qu'il n'y eût aucune raison apparente pour que la guérison n'eût pas lieu ; il rappelle que le lavage de l'estomac, après les vomissements stercoraux, donne un soulagement aussi prononcé qu'immédiat, et il pense que ce résultat ne saurait s'expliquer uniquement par l'évacuation d'une quantité relativement minime de liquide stomacal.

La plupart des observations réunies par Wignolle, pourraient être considérées comme n'ayant donné un bon résultat qu'en supprimant l'intoxication.

Certaines méritent une mention particulière à ce sujet, telle est l'observation de Cahn où le lavage fut fait pendant 17 jours consécutifs matin et soir et deux observations de Rosenthal où on les fait pendant 15 jours consécutifs; la plupart de celles que nous avons rangées comme des succès pour le lavage rentrent dans cette catégorie.

C'est ce qu'exprimait fort bien Mollière dans l'article que nous avons déjà cité en disant : « Le lavage permettra au patient d'attendre l'heure de la débâcle qui sera provoquée par des lavements ».

CHAPITRE VI

COMMENT DOIT-ON EMPLOYER LE LAVAGE?

Après avoir étudié les effets du lavage, nous devons indiquer comment, dans notre pensée, ce traitement doit être appliqué.

Au début d'une occlusion, nous n'emploierons pas volontiers le lavage, ce n'est pas un traitement curatif assez certain ; l'entéroclisme, le lavement électrique paraissent beaucoup plus avantageux.

C'est au moment des vomissements fécaloïdes bien établis que le lavage paraît utile; employé auparavant, il ne donne pas d'effets utiles bien nets.

Dans une de nos observations (Obs. IV), on voit que, chez un malade qui a eu quelques vomissements fécaloïdes, une tentative de cathétérisme n'a eu aucun résultat, le liquide est sorti absolument clair.

Dans une autre observation publiée en 1885 dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, par M. Arnozan, nous voyons une tentative de lavage pratiquée dans les mêmes conditions, chez un malade absolument analogue au nôtre, le résultat a été le même.

Que se passe-t-il en effet dans ces conditions? C'est que le pylore n'est pas complètement forcé, il ne cède que de temps en temps à la poussée des liquides qui viennent de l'intestin et ces liquides fécaloïdes en petite quantité, sont facilement expulsés par l'estomac.

C'est dans des cas de ce genre, cas de début, que l'on peut accepter l'avis de M. Alban Doran, prétendant qu'on peut remplacer les lavages par des vomissements provoqués au moyen de l'eau salée (Soc. d'obstétr. de Londres, janv. 1895).

Nous n'emploierons pas volontiers le lavage, comme du reste l'opium, dans une autre série de circonstances : lorsque nous serons en présence d'une occlusion qui nécessite une intervention immédiate (le type est la hernie étranglée); nous attendrons dans ce cas le moment de l'intervention.

Un des grands griefs des chirurgiens contre le lavage c'est l'euphorie, comme dit M. Gersung, ce remarquable bien-être dans lequel se trouve le malade à la suite de cette facile intervention. Il se croit guéri, il se trompe lui-même et quelquefois trompe le chirurgien. Ce grief a été particulièrement mis en avant dans une discussion de la Société de médecine de Berlin, en 1885, par Bardehen, Hahn, Krusto, et par bien d'autres chirurgiens depuis.

L'observation nous paraît absolument juste, nous n'avons pas d'expérience personnelle en ce qui concerne le lavage, mais pour l'opium nous avons un fait très net.

Il s'agissait d'un jeune boulanger, entré l'après-midi dans le service de M. le Dr Dudon; la veille, il avait eu un étranglement herniaire, un médecin appelé avait pu faire la réduction, mais les douleurs, les symptômes d'occlusion persistèrent.

Nous examinâmes le malade et, ne trouvant rien du côté de l'orifice herniaire, nous pensâmes à un de ces pseudo-étranglements que l'on constate quelquefois après la réduction d'une hernie; nous fîmes une prescription de 0,10 d'extrait thébaïque.

Le lendemain, état toujours sérieux, mais plus de douleurs; M. Dudon rectifie le diagnostic, pose celui de hernie réduite avec son sac et propose une intervention qui est d'abord absolument refusée par le malade; il ne souffrait plus, ne se rendait pas compte de la gravité de sa situation. Ce ne fut qu'au moment du départ du chirurgien qu'il se décida enfin à accepter.

Le diagnostic de M. Dudon était exact, le malade est sorti absolument guéri de l'hôpital.

Donc pas de lavage dans l'occlusion intestinale, lorsque l'on

considère une opération comme absolument certaine, l'amélioration merveilleuse qu'éprouvent les malades à la suite de ce traitement leur ferait rejeter certainement le traitement le plus utile, l'intervention chirurgicale.

Dans des cas de ce genre, si les vomissements sont incessants, si les matières fécaloïdes sortent à chaque instant de la bouche, nous pratiquerons volontiers le lavage immédiatement avant la chloroformisation.

Si le malade vomit rarement, comme en somme un lavage, surtout le premier, est désagréable, impressionne le malade, nous nous dispenserons de le faire avant la chloroformisation; il sera exécuté immédiatement après : c'est la pratique suivie par M. Chavannaz dans le service de M. Demons; dans notre observation VI, dans l'observation I qu'il nous a donnée, le malade n'a pas eu une seule nausée, pas un seul vomissement après une longue chloroformisation.

Avantage précieux, non seulement pour l'état général du malade abominablement secoué par les efforts, écœuré, empoisonné, c'est le mot, par l'odeur, le goût infect des matières qui arrivent dans sa bouche; avantage précieux aussi pour l'état local, pour ces coutures, ces sutures, ces ligatures qui reçoivent le contre-coup de ces efforts violents et qui, ou bien cèdent tout à fait, ou bien subissent un premier ébranlement qui favorise, dans la suite, la production d'une éventration, d'une hernie.

Lavages enfin, si les vomissements continuent et que pour certaines raisons on ne croit pas nécessaire d'ouvrir encore le ventre.

Jusqu'ici nous avons exposé l'indication du lavage lorsqu'il doit y avoir, lorsqu'il y a eu opération chirurgicale, maintenant nous devons voir ce que l'on doit faire dans d'autres circonstances, lorsque l'on ne doit pas opérer.

Le fait est encore fréquent; certains malades ne veulent pas accepter d'opération, chez d'autres, particulièrement les néoplasi-

ques, l'amélioration que produirait l'opération serait si courte que le chirurgien ne se soucie pas d'opérer.

Le lavage dans ces conditions est un palliatif qu'il ne faut pas négliger; après un long temps, quelquefois la guérison peut se produire, lorsqu'il ne s'agit que d'une obstruction simple, peut-être même d'une invagination; dans ces conditions, le malade résiste plus longtemps aux autres intoxications, il peut atteindre le moment d'une heureuse débâcle.

Chez d'autres malades où la guérison n'est pas possible, la disparition des vomissements leur permet de passer plus tranquillement leurs derniers jours ou même leurs dernières heures comme l'une de nos malades (obs. III).

OBSERVATION I (inédite).

(Par le docteur CHAVANNAZ, chef de clinique chirurgicale).

Hernie étranglée; kélotomie; lavage de l'estomac; disparition des vomissements; guérison.

X... entre à l'hôpital Saint-André le 2 décembre au soir, salle 9, lit 19.

Dans la nuit du 26 au 27 novembre, cette femme a été prise de vomissements alimentaires accompagnés de violentes coliques. Depuis ce moment, les vomissements n'ont pas cessé; ils ont simplement changé de nature et sont devenus bilieux, puis fécaloïdes. Plusieurs purgatifs énergiques ont été prescrits à la malade par son médecin, mais ils n'ont amené aucune évacuation.

Pas d'émission de gaz depuis le 29 novembre.

Au moment de l'entrée, je note les détails suivants :

Facies grippé; voix cassée; température axillaire, 35,4; pouls radial insensible; ventre extrêmement distendu, douloureux à la pression.

Dans la région crurale droite, tumeur ovoïde du volume du poing, sonore à la percussion, fluctuante et irréductible. A son niveau, les téguments

sont un peu enflammés et la pression cause une légère douleur. La malade ne peut préciser depuis quand elle porte cette tumeur ; elle affirme cependant que c'est depuis de longues années. Elle a consulté autrefois à ce sujet un médecin. Celui-ci a fait une ponction exploratrice dans la tumeur, il a retiré du liquide et il a déclaré à la malade qu'elle avait là un kyste.

Je porte le diagnostic de hernie crurale droite étranglée ; la fluctuation et la sonorité présentées par la tumeur me font craindre le sphacèle de l'intestin.

En raison de la gravité de l'état général, je décide d'opérer sans chloroforme. Après pulvérisation de chloréthyle, incision des téguments suivant le grand axe de la tumeur. Une grande quantité de liquide roussâtre s'écoule aussitôt et j'aperçois au fond de la plaie une anse d'intestin grêle présentant des signes non douteux d'étranglement.

Débridement sous l'influence duquel l'intestin reprend assez vite sa coloration normale. Réduction, cure radicale. Pansement iodoformé.

Immédiatement, au moyen du tube de Faucher, je fais passer dans l'estomac de l'eau de Vichy artificielle. Je ne m'arrête que quand l'eau revient absolument claire ; pour obtenir ce résultat, je suis obligé d'en employer 6 litres.

La malade rapportée dans son lit est entourée de bouillottes et on lui fait deux injections sous-cutanées de caféine.

Les vomissements qui étaient nettement fécaloïdes ne reparaissent plus.

Le lendemain matin, la malade est beaucoup mieux. Cependant, je lui fais de nouveau un lavage d'estomac avec deux litres d'eau de Vichy artificielle. La patiente se prête fort bien à cette petite opération qui amène chez elle un soulagement immédiat.

A partir de ce moment, rien de particulier à signaler ; les selles viennent régulièrement et, trois semaines après l'intervention, la malade, complètement guérie, quitte l'hôpital.

OBSERVATION II (inédite).

(Dr Donnadieu).

Occlusion intestinale de cause mécanique par un cancer de l'utérus ; tentative de lavage ; disparition spontanée de l'occlusion.

Mme L.., 82 ans.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle. Quelques bronchites. La malade n'a jamais attiré mon attention sur l'utérus et rien n'a nécessité jusqu'à l'heure actuelle un examen de cet organe.

Histoire de la maladie : Le jeudi 6 février, la malade est prise subitement de coliques et de vomissements. Ces vomissements se reproduisent deux ou trois fois dans la journée, mais on ne me fait appeler que le samedi 8.

A ce moment les vomissements persistent, ce sont des vomissements bilieux. Le ventre est ballonné, météorisé, très douloureux un peu partout, mais surtout dans la fosse iliaque gauche.

Il n'y a pas eu de selles depuis trois jours, pas de gaz par le rectum. Gaz nombreux par la bouche.

C'est évidemment de l'obstruction intestinale; mais de quelle nature? Les orifices herniaires explorés avec soin me montrent que je n'ai point affaire à de l'étranglement herniaire. Le toucher rectal me donne les renseignements suivants : on se heurte à un obstacle formé par une tumeur qui repousse la paroi antérieure, tumeur très volumineuse et que l'on ne peut contourner, développée probablement aux dépens de l'utérus. On rencontre dans le vagin des végétations qui ont envahi sa partie supérieure et qui saignent facilement.

Je donne des lavements glycérinés et de l'eau de Rubinat, mais les lavements ne passent pas; j'essaie le 12 février avec une sonde uréthrale de franchir l'obstacle rectal mais je n'y réussis pas.

L'état est le même; les douleurs abdominales sont très vives, la mor-

phine est nécessaire pour les calmer ; il est fait deux injections de un demi-centigramme par jour; les vomissements sont moins fréquents mais la malade ne peut rien prendre et tous les remèdes à peu près sont rejetés.

Les jours suivants l'état reste le même, mais la malade s'affaiblit.

Le 17, un vomissement fécaloïde se produit ; le 18, ce sont des régurgitations de matières fécaloïdes. La malade est très affaissée, ne paraît pas aussi incommodée de ces vomissements qu'on pourrait le croire. Elle a un délire doux et tranquille qui cesse quand on éveille son attention.

Le 19, j'essaie le lavage de l'estomac, mais malgré des tentatives prolongées, je ne réussis pas à enfoncer le tube qui est arrêté par un spasme pharyngé énorme. Cette tentative très pénible fatigue considérablement la malade qui a presque une syncope.

Dans la nuit du 20 au 21, la malade a trois selles moulées; dans la journée du 22, elle a trois nouvelles selles, mais elle s'affaiblit de plus en plus et la mort est prochaine.

OBSERVATION III (personnelle).

Hernie étranglée; kélotomie; accidents péritonéaux probables; lavages de l'estomac; cessation des vomissements; mort.

X...., femme âgée de 39 ans, épicière, est prise d'accidents d'étranglement herniaire. M. le Dr Verdalle, que l'on envoie chercher, fait appeler M. Piéchaud. La malade est opérée en janvier 1895.

A la suite de l'opération, la malade resta dans un état grave ; il ne se produisit pas d'évacuation, il y eut cependant émission de quelques gaz. M. Piéchaud, après avoir pensé à un lavement électrique, renonça à cette idée, la péritonite étant à peu près certaine.

C'est à ce moment que je vis la malade ; son état était tel que l'on ne pouvait songer à une nouvelle opération; la mort était certaine dans un bref délai.

Le pouls est petit, rapide, les extrémités sont refroidies, visage péritonéal, le ventre est tendu par des gaz.

La malade est en proie à des vomissements extrêmement pénibles ; à chaque instant elle rend des flots de liquide fécaloïde d'odeur infecte. M. Piéchaud décide de faire un lavage d'estomac comme traitement palliatif.

Je pratique le cathétérisme immédiatement ; il était 5 heures du soir ; la malade effrayée par la pensée d'avaler ce tube fait d'abord quelques difficultés, mais devant la persistance de ses vomissements, qui lui causent une vive douleur, elle se décide à l'accepter.

Tout se passe sans difficulté et, à peine l'extrémité du tube de Faucher est-elle arrivée dans l'estomac, qu'il est amorcé par un effort de vomissement. Le liquide s'écoule régulièrement ; il est fécaloïde, d'odeur infecte, extrêmement abondant, prés de trois litres.

On fait rincer la bouche de la malade, qui se déclare beaucoup mieux et dit qu'elle va dormir.

A sept heures, je revois la malade, une véritable transformation s'est opérée ; elle parle, commence à espérer la guérison. Les vomissements ne se sont pas reproduits, elle n'a pas eu un seul effort. Son entourage est absolument trompé par ces nouveaux symptômes. Mais le facies reste le même, le pouls est toujours petit, extrêmement rapide, le pronostic est absolument grave.

A dix heures, je retrouve la malade dans un état analogue, elle n'a pas eu de vomissement, elle dit qu'elle est très bien, qu'elle a dormi et me remercie beaucoup du traitement employé.

En réalité, le pronostic est le même et la mort paraît certaine dans un temps très court. Je fais une injection de caféine sans grand espoir, la malade meurt en effet dans la nuit.

OBSERVATION IV (personnelle).

Occlusion intestinale chronique, tentative infructueuse de cathétérisme et d'entéroclisme.

J. L..., 38 ans, fabricant de caisses, entre salle 10, lit 12, dans le service de M. le professeur Boursier pour des accidents d'occlusion intestinale.

Antécédents héréditaires : Son père est mort à 53 ans d'une maladie de cœur, sa mère à 63 ans d'accidents variqueux; il a eu trois frères morts de la variole, il lui reste une sœur qui se porte bien et un frère qui a une bronchite chronique.

Antécédents personnels : Etant jeune, il a eu une coxalgie traitée par M. Demons, il est resté plus d'un an sans pouvoir marcher; on l'a mis pendant cinq mois dans une gouttière.

Il a eu la variole en 1879 ou 1880; habituellement il se porte assez bien, il ne tousse pas.

Il n'est pas marié, n'a pas d'enfants.

Antécédents de la maladie : Le 5 janvier 1896, après dîner, il se trouve mal à l'aise; puis il veut aller à la selle, aucun résultat; il prend un premier purgatif qui est vomi; un second est gardé mais ne produit aucun effet.

Cependant, quelques jours après, les selles se rétablissent, mais son ventre est habituellement très ballonné, il y éprouve de violentes coliques, il a des alternatives de constipation et de diarrhée, il se décide à entrer à l'hôpital le 7 février 1896.

M. Boursier porte le diagnostic d'obstruction chronique par rétrécissement probable de l'S iliaque.

Le 10 février, le malade a quelques vomissements fécaloïdes. M. Texier, interne du service, a l'amabilité de me montrer alors le malade.

Il éprouve à ce moment de violentes coliques et montre son ventre qui est extrêmement ballonné; la mesure prise au niveau de l'ombilic est de 98 centimètres.

On voit sous la peau les anses intestinales qui se dessinent progressivement de proche en proche; en même temps des bruits hydro-aériques internes se font entendre; ce sont en somme de vives coliques très douloureuses qui se renouvellent avec une grande fréquence.

En examinant le malade, on constate l'existence d'une coxalgie; toucher rectal négatif, examen des organes génito-urinaires négatif.

En auscultant le malade, on trouve à droite en avant de la diminution des vibrations thoraciques, un peu d'obscurité de la respiration; à gauche, on trouve de l'inspiration rude, un peu de submatité.

Le malade ne pouvant s'asseoir à cause de sa coxalgie et se remuant difficilement à cause de ses douleurs, nous nous bornons à un examen sommaire en arrière : il ne paraît pas exister de lésions profondes.

Nous essayons alors le lavage de l'estomac; le tube est introduit sans trop de difficulté, mais le malade fait de violents efforts qui continuent lorsque le tube, d'après la longueur qui est enfoncée, paraît dans l'estomac.

A ce moment, il arrive par la sonde quelques centimètres de liquide sanguinolent, rosé.

Les tentatives sont interrompues bien entendu immédiatement.

Nous essayons alors vainement de pratiquer l'entéroclisme, le liquide s'arrête presqu'aussitôt; même en levant assez haut l'entonnoir, on ne le voit pas s'écouler.

M. Texier, interne du service, nous a dit que depuis, l'état du malade s'est amélioré, les selles sont à peu près régulières; si elles s'arrêtent, un simple lavement purgatif suffit pour les provoquer. Ces selles sont habituellement grisâtres, décolorées.

OBSERVATION V (personnelle).

Cancer de l'intestin; obstruction intestinale; lavage de l'estomac; disparition des vomissements fécaloïdes; guérison de l'occlusion par le galvanisme.

X..., paysanne, âgée de 60 ans, arrive à la salle de garde se plaignant de vomissements et de coliques. Le facies de la malade est assez bon, son pouls est petit; le ventre est assez difficile à palper, il paraît un peu douloureux dans la fosse iliaque droite; il présente un ballonnement assez considérable.

La malade nous dit qu'elle est d'une bonne santé habituelle, mais que plusieurs fois elle a eu des accidents de constipation avec coliques; jamais les phénomènes ne l'ont autant inquiétée, jamais elle n'a autant souffert.

Il est très difficile d'obtenir d'elle des renseignements précis, il semble cependant que les accidents ont débuté il y a près de 48 heures. Elle a

d'abord eu des coliques, des envies infructueuses d'aller à la selle survenues au milieu de la nuit ; les vomissements n'ont guère commencé que le matin.

L'examen général de la malade permet de constater des signes de bronchite chronique, un peu de myocardite ; on ne trouve pas traces de hernie ; le toucher rectal et vaginal ne fournit aucun renseignement.

Pendant cet examen, la malade présente un vomissement nettement fécaloïde qui nous engage à faire le lavage de l'estomac ; le liquide ne sort pas spontanément, on est obligé d'amorcer le tube, le lavage est fait jusqu'au moment ou l'eau sort claire.

Je pratique ensuite l'entéroclisme, j'enfonce aussi profondément que possible une sonde œsophagienne en gomme, on sent très bien son extrémité en palpant l'abdomen sur la ligne médiane. J'abouche cette sonde avec le tube de Faucher et j'introduis très lentement, en soulevant très peu l'entonnoir, deux litres de liquide ; en abaissant l'entonnoir l'eau ressort chargée de matières. Il ne se produit aucune amélioration, le ventre reste tendu, il n'y a pas d'émission de gaz.

M. Baudrimont prévenu, vient voir la malade le soir ; à ce moment, l'état est bien meilleur, le pouls est relevé, la malade a un peu dormi, elle n'a pas eu d'autres vomissements, elle se sent assez bien.

M. Baudrimont demande à la malade si elle n'a rien mangé de particulier avant ses accidents intestinaux ; la malade se souvient alors qu'elle a fait le soir un repas composé uniquement de marrons bouillis, elle en a mangé énormément.

Ce commémoratif étant rapproché d'une tuméfaction assez sensible dans la fosse iliaque droite fait penser à M. Baudrimont qu'il s'agit d'une obstruction intestinale ; il ordonne un lavement électrique, une intervention chirurgicale ne lui semble pas indiquée.

Le lendemain matin, les vomissements n'ont pas reparu ; l'occlusion persiste, M. le Dr Debedat fait porter la malade à la clinique électrothérapique. Deux heures après la galvanisation, la malade a une selle, des gaz. Les phénomènes d'occlusion disparaissent et M. Baudrimont peut constater qu'il s'agit d'un cancer de l'intestin.

Le néoplasme a continué son évolution, la malade a fini par succomber, le diagnostic a été vérifié par la nécropsie.

OBSERVATION VI (personnelle).

Étranglement interne ; tentative infructueuse de lavage ; entéroclisme ; laparotomie ; lavage après la chloroformisation ; disparition des vomissements fécaloïdes ; guérison.

J. D..., 30 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Arnozan, le 29 janvier 1896.

Antécédents héréditaires : Père rhumatisant, tousse et crache beaucoup ; mère nerveuse ; deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde et variole en 1870. Il ne se souvient pas d'avoir eu d'autres maladies. En insistant cependant — et nous n'avons connu cette particularité qu'après l'intervention — on apprend que, vers l'âge de 6 ans, il a eu des douleurs, des coliques, qui commençaient au niveau de l'aine gauche. L'année dernière, encore, il a eu des coliques sèches très douloureuses qui ont duré deux ou trois jours.

Très robuste, il aimait à montrer sa force, il soulevait des poids considérables ; il a été un des concurrents dans la grande course d'échassiers organisée à Bordeaux, il y a trois ans. Ces exercices violents n'ont produit aucun accident, jamais ils n'ont provoqué de douleurs du côté de son aine gauche.

Antécédents de la maladie : Le 26 janvier 1896, il a fait une très longue course, il était très pressé et a couru pendant très longtemps ; depuis longtemps, il n'avait fait un exercice aussi actif ; il s'était surmené.

Le lendemain, 27, il se lève, mais il est pris aussitôt de douleurs abdominales sans localisation précise ; il veut cependant reprendre son travail ordinaire, mais les douleurs augmentent d'intensité, elles deviennent intolérables et, quatre heures après le début des accidents, il est obligé de se coucher ; il veut aller à la selle, mais ne peut réussir.

Un médecin est appelé, il ordonne un lavement, une potion opiacée, des cataplasmes sur le ventre.

L'état reste le même; dans l'après midi, il s'aggrave, le malade a des vomissements alimentaires, puis bilieux de couleur verdâtre.

Le 28 janvier l'état est plus grave, les vomissements continuent, pas de selles, pas de gaz.

Le 29 janvier aucune amélioration, le malade est adressé à l'hôpital, il entre le soir à 7 heures; c'est le troisième jour de la maladie.

C'est à ce moment que nous l'examinons pour la première fois.

Le visage présente un aspect un peu péritonéal, les yeux sont excavés, le visage tiré, mais on nous assure que c'est un peu le caractère habituel de ses traits; nous avons constaté depuis sa guérison l'exactitude du fait.

La langue est humide, le pouls est régulier mais très lent, on compte quarante pulsations dans une minute.

En examinant le ventre, on ne constate pas un volume très considérable, mais il est cependant ballonné, sonore à la percussion; il n'y a pas d'ascite, pas le moindre point douloureux.

L'exploration des divers orifices herniaires ne révèle aucune particularité, ne réveille aucune douleur.

Par le toucher rectal, on trouve l'ampoule absolument vide; en avant seulement, on constate une tension anormale causée probablement par le tympanisme, la pression en avant réveille aussi un peu de douleur.

L'état général et local ne paraissant indiquer aucune intervention chirurgicale immédiate, nous nous décidons à faire l'entéroclisme.

Pendant les préparatifs, le malade va au cabinet et revient annonçant qu'il a eu une selle abondante avec émission de quelques gaz.

Le traitement se borne alors au régime de la glace à l'intérieur.

Le 30 janvier, quatrième jour, le malade nous montre des vomissements bilieux, abondants qu'il a eus pendant la nuit; il a eu aussi un peu de hoquet mais a rendu un gaz.

Le pouls est à 44; la température est de 37°. En auscultant le malade, on trouve une submatité très légère au sommet droit en avant; au même niveau, l'inspiration est un peu rude.

Il n'y a pas d'autres signes de tuberculose pulmonaire, mais ces symptômes rapprochés de ceux que l'on constate du côté du ventre, rapprochés de coliques sèches anciennes éprouvées par le malade l'an dernier, font soupçonner la possibilité d'une péritonite tuberculeuse.

Mêmes symptômes que la veille du côté du ventre ; le ballonnement n'est pas trop considérable, on trouve dans la partie supérieure du côlon descendant une portion un peu douloureuse à la pression.

L'examen des orifices herniaires est répété sans succès.

Le malade se dit mieux que la veille. — Traitement : glace, champagne.

Dans la journée petite selle liquide.

31 janvier : Le malade a eu encore des vomissements bilieux; on lui fait l'entéroclisme ; après introduction de deux litres d'eau tiède, le malade se plaint un peu, le liquide qui ressort est fécaloïde. On fait alors un lavage de l'intestin avec huit ou dix litres d'eau ; le liquide revient clair, puis à un moment reparaît chargé de matières, mais l'obstacle n'est pas levé, il ne sort que du gaz, le ventre reste tendu, indolore.

Pouls 44, température 37°, état général très bon.

1er février : Le malade a encore eu des vomissements qui commençent à paraître fécaloïdes ; on tente le lavage de l'estomac, on provoque des vomissements abondants, mais chaque fois le tube de Faucher est vomi.

M. le Dr Debedat veut bien se charger de donner un lavement électrique à la clinique électrothérapique ; il y a immédiatement après une selle moulée accompagnée d'un demi-litre environ de mucus intestinal et de quelques gaz.

2 février : Le malade se déclare beaucoup mieux, il a cependant eu encore des renvois gazeux par la bouche ; le ventre est ballonné ; température 36°5, pouls 48°. Il a vomi une fois dans la nuit.

Le soir, le malade recommence à vomir ; il a du hoquet ; les phénomènes s'accentuent pendant la nuit.

3 février : Le malade a eu des vomissements fécaloïdes, il en a encore devant nous, la température est de 35°8, le pouls à 44 ; la figure du malade est absolument changée, il a un facies vraiment péritonéal ; le pouls est beaucoup plus petit que les jours précédents.

M. Arnozan décide d'essayer encore un lavement électrique et demande, en cas d'insuccès, à M. Demons d'opérer.

Le lavement électrique est donné à la clinique électrothérapique de M. le professeur Bergonié, il ne produit aucun résultat.

L'opération est faite à 3 heures de l'après-midi, on propose au malade d'essayer de se passer de l'anesthésie, il refuse.

Il est lavé, rasé. M. Demons remarque alors une saillie légère qui attire son attention du côté de l'orifice inguinal gauche; par la palpation, il découvre un mince cordon que l'on sent sous le doigt.

Interrogé, le malade dit qu'en effet, il a souvent souffert à ce niveau, mais que son testicule a toujours été descendu à sa connaissance.

Les symptômes de ce côté sont très minimes, et M. Demons se décide pour une incision médiane qu'il exécute avec rapidité, puis commence son exploration par la région inguinale gauche, trouve une anse de l'intestin grêle vide, une hernie étranglée est probable.

M. Demons ferme provisoirement la plaie avec des pinces à forcipressure et fait une incision au niveau du canal inguinal. Là, il trouve une hernie inguino-interstitielle étranglée. L'anse est libérée au moyen du bistouri boutonné; elle paraît malade. M. Demons l'attire à lui par la plaie médiane pour mieux l'examiner, mais à peine est-elle au dehors, qu'il se forme une fissure par laquelle s'échappe le liquide intestinal.

Des sutures sont pratiquées sur l'intestin, suivant le procédé Martinet (de Sainte-Foy), et l'intestin est remis dans la cavité abdominale.

M. Demons ferme alors la plaie médiane, tandis que M. Chavannaz ferme la plaie latérale en exécutant le procédé de Bacini. Ainsi, il y a peu de temps perdu.

Avant que le malade ne soit réveillé, M. Chavannaz fait pratiquer le lavage de l'estomac, qui s'exécute très facilement, il sort un litre et demi de liquide fécaloïde environ.

Le malade est rapporté dans son lit très fatigué, le pouls est très petit.

On lui fait une injection sous cutanée de 250 gram. de sérum artificiel sérum de Hayem.

Le 4 février, le malade est mieux, il n'a pas eu de vomissement, pas de hoquet, il est encore assez fatigué, mais son état est bien meilleur que la veille au soir. Pas de selles dans la journée.

Température 37 et 37,8, pouls 78 et 80.

Le 5 février, le malade se sent beaucoup mieux; son visage est meilleur, pas de vomissements, pas de hoquet, sueurs abondantes.

Température 36,2, pouls 76.

Le 6 février, l'amélioration continue; pas de selles encore, on ordonne un lavement avec glycérine 30 grammes, il ne produit aucun résultat; les sueurs continuent; l'après midi on trouve le malade moite de sueur.

Température 36,8 et 37,1, pouls 74 et 68.

Le 7 février, deuxième lavement qui amène au bout de deux heures une selle molle, décolorée, grisâtre. Les sueurs continuent.

Température 37,8 et 37,6, pouls 54 et 60.

Le 8 février, selle décolorée, grisâtre, abondante, les sueurs diminuent.

Température 37,4 et 36,2, pouls 62 et 64.

Le 9, la diminution des sueurs s'accentue, elles ne se sont produites que la nuit dernière. Selles grisâtres.

Température 36°, pouls 60 et 64.

Le 10, premier pansement.

Les jours suivants la température oscille de 36 à 37°, le pouls de 60 à 70; les sueurs diminuent peu à peu et disparaissent, les selles sont régulières.

Le 17 février le malade se lève pour la première fois.

Il sort de l'hôpital guéri.

CONCLUSIONS

1° Le lavage de l'estomac ne doit pas être considéré dans la pratique comme un traitement curatif des diverses variétés de l'occlusion intestinale, même de l'obstruction;

2° Il doit être employé lorsque l'on veut supprimer les vomissements fécaloïdes : il donne alors des résultats merveilleux;

3° Il est un excellent palliatif des graves accidents produits par l'auto-intoxication dans l'occlusion intestinale.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 11 mars 1896.
Le Président de la thèse,
Dr ARNOZAN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 mars 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

19,884. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.